Ανασκόπηση
Review

Σύνδρομο Asperger και σχιζοφρένεια: Νευροαναπτυξιακό συνεχές ή ξεχωριστές κλινικές οντότητες;

Χρ. Ανομίτρη, Ε. Λαζαράτου

Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Καισαριανής-Βύρωνα, Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2017, 28:175–182

Το άρθρο αυτό αποτελεί μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με το σύνδρομο Asperger και τη σχιζοφρένεια κι έχει ως στόχο να συζητηθούν οι μεταξύ τους ομοιότητες και διαφορές. Ο E. Bleuler που συσχέτισε τους όρους «σχιζοφρένεια» και «αυτισμός» τον περασμένο αιώνα, είδε τον αυτισμό ως μια μορφή της μοναχικότητας των σχιζοφρενών ασθενών οι οποίοι εμφάνιζαν απόσυρση από την πραγματικότητα. Από τότε μέχρι σήμερα υπάρχει μια επικάλυψη όσον αφορά στην κλινική εικόνα των δύο διαταραχών. Στις μέρες μας οι έρευνες, από πληθώρα διαφορετικών επιστημονικών απόψεων-γενετικής, αναπτυξιακής, ψυχοπαθολογικής κ.λπ. έχουν δώσει νέες πληροφορίες για τις δύο αυτές διαταραχές. Το σύνδρομο Asperger θεωρείται ότι είναι μια συνεχής και διά βίου διαταραχή με ισχυρή κληρονομικότητα, που κάνει την εμφάνισή της στην πρώιμη παιδική ηλικία. Περιλαμβάνεται στην κατηγορία των διαταραχών αυτιστικού φάσματος και συνήθως διαγιγνώσκεται στην παιδική ηλικία. Οι ασθενείς με σύνδρομο Asperger συχνά διαγιγνώσκονται με καθυστέρηση ή λαμβάνουν λανθασμένα τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Η λανθασμένη διάγνωση του συνδρόμου Asperger δημιουργεί σοβαρά προβλήματα καθώς εμποδίζει την αποτελεσματική θεραπεία. Πολλά από τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Asperger είναι επίσης παρόντα στη σχιζοφρένεια όπως, η έκπτωση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, οι δυσκολίες στην επικοινωνία και τα περιορισμένα ενδιαφέροντα. Ωστόσο, κάποια κλινικά χαρακτηριστικά διευκολύνουν τη διαφοροδιάγνωση όπως, η πρωιμότερη ηλικία έναρξης, το οικογενειακό ιστορικό διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, η κυριολεκτική χρήση της γλώσσας, τα ελλείμματα στη φαντασία, κ.ά. Είναι γνωστό πως πολλά από τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο Asperger είναι κοινά με τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά λίγα δεδομένα υπάρχουν για τη συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών. Παραμένει έτσι το ερώτημα αν η παρουσία διαταραχής αυτιστικού φάσματος σ' ένα παιδί μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχωτικών διαταραχών, αργότερα. Και οι δύο διαταραχές έχουν νευροαναπτυξιακή καταγωγή και οι γενετικοί παράγοντες είναι παρόντες. Και στις δύο διαταραχές υπάρχουν έντονα γνωστικά ελλείμματα αλλά και ελλείμματα στην κοινωνικότητα και στην κοινωνική λειτουργικότητα. Συμπερασματικά διαπιστώνεται ότι ακόμη μέχρι σήμερα, τα

όρια μεταξύ του συνδρόμου Asperger και της σχιζοφρένειας δεν είναι σαφή αν και η ακριβής διάγνωσή τους είναι αναγκαία για την κατάλληλη θεραπεία του ασθενούς και τη σωστή ψυχοεκπαίδευση της οικογένειάς του. Για τη συγγραφή της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, Psycinfo, Cochrane Library, Web of Science and Google Scholar με τις παρακάτω λέξεις κλειδιά: σύνδρομο Asperger, σχιζοφρένεια, παιδιά και έφηβοι, διαφορική διάγνωση, διαταραχές αυτιστικού φάσματος.

Λέξεις ευρετηρίου: Σύνδρομο Asperger, σχιζοφρένεια, διαφορική διάγνωση.

Εισαγωγή

Η κλινική περιγραφή του συνδρόμου Asperger, έγινε από τον Βιενέζο παιδίατρο Hans Asperger, ο οποίος το 1944 περιέγραψε με λεπτομέρειες τη διαταραχή προσωπικότητας που παρουσίαζαν τέσσερα παιδιά με παρόμοια συμπτώματα που παραπέμφθηκαν στην κλινική του.

Ο Hans Asperger έβλεπε τις διαταραχές της προσωπικότητας σαν μια φυσική προέκταση των ικανοτήτων. Πίστευε ότι ορισμένα παιδιά είχαν ειδικά ταλέντα που θα τα οδηγούσαν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά σε επαγγελματικές δραστηριότητες και ορισμένα θα μπορούσαν να αναπτύξουν σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις διαρκείας. Παρατήρησε όμως σημαντικά κοινωνικά προβλήματα σε αυτά τα παιδιά ενώ οι γλωσσικές και νοητικές τους ικανότητες ήταν φυσιολογικές.[1]

Πέρασαν ωστόσο περίπου σαράντα χρόνια ώσπου το σύνδρομο Asperger να γίνει ευρύτερα γνωστό. Το 1981, η Lorna Wing[2] έκανε μια σημαντική ανασκόπηση, στην οποία ανέφερε τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σύνδρομο Asperger. Περιέγραψε παιδιά που εμφανίζουν ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην επικοινωνία, έχουν περιορισμένο εύρος ενδιαφερόντων, είναι συχνά αδέξια και δεν έχουν την ικανότητα να κατανοούν τους άλλους ούτε και να δημιουργούν σχέσεις μαζί τους.

Έκτοτε το σύνδρομο Asperger τοποθετήθηκε στο ευρύτερο φάσμα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος και θεωρείται ως η πιο λειτουργική και νοητικά ικανή «κατηγορία» αυτών των διαταραχών.[3]

Η σύγχυση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και στην αυτιστική διαταραχή δεν είναι πρόσφατη και φαίνεται να ακολουθεί τις δύο διαγνώσεις από πολύ νωρίς. Ο όρος «αυτισμός» χρησιμοποιήθηκε από τον Bleuler αλλά και από τον Kanner. Ο E. Bleuler[4] εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο, αναφερόμενος στην κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας. Θεώρησε τον αυτισμό σαν υπερβολή ενός φυσιολογικού φαινομένου που οδηγεί στην απομόνωση. Ο σχιζοφρενής αποτραβιέται στον εαυτό του, χάνει την επαφή με την πραγματικότητα και απομονώνεται σ' έναν φανταστικό κόσμο.

Στην παιδοψυχιατρική ο όρος αυτισμός εισήχθη από τον L. Kanner,[5] ο οποίος το 1943 δημοσίευσε 11 περιπτώσεις παιδιών, που παρουσίαζαν «Αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής». Τα παιδιά αυτά ήταν κλεισμένα στον εαυτό τους, χωρίς ικανότητες επικοινωνίας και βλεμματική επαφή. Η κοινή χρήση του όρου δημιούργησε έτσι εξαρχής διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

Οι παιδοψυχίατροι εξοικειωμένοι με τη διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, αναγνωρίζουν εύκολα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, που παρουσιάζουν το σύνδρομο Asperger. Αντίθετα στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται και συχνά τίθεται η διάγνωση της σχιζοφρένειας οδηγώντας σε ανεπαρκείς και λανθασμένους τρόπους αντιμετώπισης[6] των ασθενών.

Σύνδρομο Asperger

Το σύνδρομο Asperger αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή με ισχυρή κληρονομικότητα,[7] η οποία είναι παρούσα από την πρώιμη παιδική ηλικία αλλά η κλινική της έκφραση γίνεται εμφανέστερη με την έναρξη της σχολικής ζωής. Ιδιαίτερη επιβάρυνση παρουσιάζεται στην εφηβική και πρώιμη ενήλικη ζωή. Αυτό γιατί στις συγκεκριμένες περιόδους απαιτούνται σημαντικές κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες τις οποίες δεν διαθέτουν τα άτομα αυτά. Ιδιαίτερα η εφηβεία είναι μια δύσκολη αναπτυξιακή περίοδος που απαιτεί την κατανόηση όλων των αποχρώσεων της διαπροσωπικής επικοινωνίας, ισχυρή συναισθηματική αυτορύθμιση, ευελιξία, μεγάλη ικανότητα επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων, ικανότητες που υπολείπονται σημαντικά στα άτομα με σύνδρομο Asperger.

Η κλινική εικόνα ενός ατόμου με σύνδρομο Asperger σύμφωνα με τους διαφόρους συγγραφείς χαρακτηρίζεται από:

– Φυσιολογικό ή ανώτερο νοητικό δυναμικό αλλά έντονα κοινωνικά ελλείμματα[8]
– Φυσιολογική ανάπτυξη του λόγου αλλά αποκλίσεις στη λεκτική επικοινωνία όπως π.χ. περιορισμένο εύρος και συχνά ακατάλληλη χροιά φωνής, ασυνήθιστο ρυθμό λόγου, έμμεσο και περιφραστικό λόγο, ακατάπαυστη ομιλία για ένα θέμα χωρίς να μπορεί να αναγνωρίσει ότι το θέμα αυτό ίσως δεν ενδιαφέρει τον συνομιλητή[9]
– Κινητική αδεξιότητα, πτωχός κινητικός συντονισμός και περίεργες στάσεις σώματος, άκαμπτη συμπεριφορά και ιδιαίτερη προτίμηση για την τάξη, την πειθαρχία, την οργάνωση[10]
– Δυσκολίες σε κοινωνικές δεξιότητες (δημιουργία και διατήρηση φίλων, διεξαγωγή μιας συζήτησης), στη διαχείριση του θυμού και στην προσαρμογή στις αναπτυξιακές αλλαγές[11]
– Περιορισμένα και παράξενα ενδιαφέροντα και ψυχαναγκαστική ανάγκη για ρουτίνα[12]
– Επαναλαμβανόμενες, περιορισμένες, στερεότυπες συμπεριφορές/δραστηριότητες[13]
– Κοινωνική απομόνωση. Επιθυμεί να έχει φίλους αλλά αυτό δεν είναι εφικτό λόγω των ελλειμμάτων στην κατανόηση των συναισθημάτων και προθέσεων των άλλων[10]
– Ικανότητα να αναγνωρίζει γνωστικά και να περιγράφει τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων αλλά έντονη δυσκολία να δράσει βασιζόμενο σ' αυτές τις πληροφορίες μ' έναν αυθόρμητο τρόπο[14]
– Εκδήλωση βίας και παρανοϊκού ιδεασμού λόγω της δυσκολίας στο να ερμηνεύσει κατάλληλα ό,τι δει κι ακούσει.[15]

Ο επιπολασμός του συνδρόμου Asperger είναι 2–10 περιπτώσεις/10.000 παιδιά και παρουσιάζεται κατ' εξοχήν στα αγόρια (8 αγόρια/1 κορίτσι).[16]

Τα επιδημιολογικά στοιχεία όμως δεν είναι απόλυτα έγκυρα καθώς αρκετά άτομα με σύνδρομο Asperger, χωρίς σοβαρή κλινική εικόνα, δεν φτάνουν ποτέ στις αρμόδιες υπηρεσίες.[17] Ωστόσο γνωρίζουμε ότι 1 στα 110 παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος ανήκει στα αυτιστικά άτομα υψηλής λειτουργικότητας, χωρίς νοητική υστέρηση.[18]

Το σύνδρομο Asperger έως και σήμερα θεωρείται από ορισμένους επιστήμονες συνώνυμο με τον αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι πρόκειται για δύο διαφορετικές καταστάσεις.

Κλινικά μπορούμε να πούμε ότι οι διαφορές ανάμεσά τους βρίσκονται στο αν το άτομο έχει εναισθησία, αναγνωρίζει τις δυσκολίες και τη διαφορετικότητά του και στο είδος της συννοσηρότητας που παρουσιάζει. Στα αυτιστικά παιδιά η συχνότερη συννοσηρότητα είναι η ΔΕΠΥ ενώ στις περιπτώσεις συνδρόμου Asperger η κατάθλιψη.[19]

Στα ταξινομικά συστήματα ICD-10 και DSM-IV-TR η κλινική οντότητα του συνδρόμου Asperger καθορίζεται από διαγνωστικά κριτήρια που περιλαμβάνουν:

- Την ηλικία εμφάνισης
- Μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες
- Ποιοτικές διαφοροποιήσεις της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας
- Φυσιολογικές γνωστικές ικανότητες
- Καθυστέρηση κινητικής ανάπτυξης
- Περιορισμένες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα
- Εμμονικό ενδιαφέρον για ιδιαίτερα θέματα.

Στην πρόσφατη αναθεώρηση DSM-V η συγκεκριμένη διάγνωση απουσιάζει.

Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος είναι η νέα ονομασία που χρησιμοποιήθηκε αντί για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και περιλαμβάνει τις προηγούμενες διαγνώσεις της αυτιστικής διαταραχής, του συνδρόμου Asperger, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ΜΠΑ.

Καθρεφτίζει την επιστημονική πεποίθηση πως οι τέσσερεις διαγνωστικές κατηγορίες είναι στην πραγματικότητα μια κατάσταση με διαφορετικούς βαθμούς κλινικής βαρύτητας.

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή, διάχυτη ψυχιατρική διαταραχή που εμφανίζεται σε εφήβους και ενηλίκους. Η παιδική σχιζοφρένεια είναι σπάνια. Η συχνότητα εμφάνισής της είναι <1 στα 10.000 παιδιά αλλά αυξάνει σημαντικά στην ηλικία 13–18 ετών, φτάνοντας το 1–2%. Τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών ως προς τον επιπολασμό της νόσου σε αναλογία 2:1. Οι σχιζοφρενικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν ήδη από την ηλικία των 6–7 ετών και σταδιακά μέχρι την εφηβεία αποκτούν την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας των ενηλίκων.[20]

Η κλινική εικόνα ενός ατόμου με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από:

– Θετικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις (αισθητηριακές αντιλήψεις απουσία εξωτερικού ερεθίσματος),

παραισθήσεις (λανθασμένες πεποιθήσεις και ερμηνείες της εξωτερικής πραγματικότητας), αποδιοργανωμένο λόγο και σκέψη (νεολογισμοί, πτωχή χρήση του λόγου), αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και

– Αρνητικά συμπτώματα (απάθεια, αλογία, απροσφορότητα συναισθηματική, κατατονία),[21]

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας στα παιδιά βασίζεται στα ίδια διαγνωστικά κριτήρια που ισχύουν για τους ενηλίκους ωστόσο για την περιγραφή της κλινικής εικόνας της παιδικής σχιζοφρένειας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού καθώς και η ψυχοσυναισθηματική του ωριμότητα κατά την ηλικία έναρξης της διαταραχής.[22]

Στη νηπιακή ηλικία το παιδί παρουσιάζει διαφορετική αίσθηση της πραγματικότητας, έχει φανταστικούς φόβους και ζει μέσα από το παιχνίδι και τις φαντασιώσεις του. Ονειροπολεί, μπορεί να παρουσιάσει «καλοήθεις ψευδαισθήσεις» (συνήθως απτικές ή οπτικές) υπό την επήρεια stress, ενώ και οργανικές καταστάσεις π.χ. εμπύρετο, μπορεί να κάνουν ένα παιδί να βλέπει ένα φανταστικό αντικείμενο ή να λέει κάτι χωρίς συνοχή.

Η κλινική εικόνα της παιδικής σχιζοφρένειας χαρακτηρίζεται από διαταραχές της σκέψης όπως παραλήρημα, ακόμα κι αν αυτό δεν είναι οργανωμένο και συστηματοποιημένο και ψευδαισθήσεις–κυρίως ακουστικές και σε μικρότερο βαθμό οπτικές, οσφρητικές απτικές. Το παραλήρημα στην παιδική σχιζοφρένεια είναι συνήθως παραλήρημα κατοχής, δύναμης, μεγαλείου, πανταχού παρουσίας ενώ τα θέματα σεξουαλικού περιεχομένου εμφανίζονται κυρίως στην εφηβεία. Όσο αυξάνει η ηλικία, ψευδαισθήσεις και παραληρηματικές ιδέες γίνονται πιο πολύπλοκες και οργανωμένες. Εμφανίζονται επίσης χάλαση συνειρμών, ασυναρτησία, νεολογισμοί, διαταραχή προσοχής/μάθησης κι αφηρημένης σκέψης.

Οι Yang et al[23] αναφέρουν ότι τα παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες των αρνητικών συμπτωμάτων και χαμηλότερο νοητικό πηλίκο, αλλά δεν υπάρχει διαφορά ως προς τα θετικά συμπτώματα σε σύγκριση με μια ομάδα μαρτύρων με έναρξη της σχιζοφρένειας στην ενήλικη ζωή.

Διαγνωστικές δυσκολίες

Από το 1980 η σχιζοφρένεια και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες.[24] Διαχωρίστηκαν ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια, την ηλικία έναρξης, την πορεία και τη θεραπευτική παρέμβαση.[25]

Στην παιδοψυχιατρική, κυρίως για όσους ακολουθούν την ψυχοδυναμική σχολή, ο αυτισμός αποτελεί μια μορφή παιδικής ψύχωσης.

Παρά τον σημαντικό διαχωρισμό τους οι δύο κλινικές κατηγορίες φαίνεται να έχουν κοινή νευροαναπτυξιακή αφετηρία, κοινή γενετική βάση και χαρακτηρίζονται και οι δύο από σημαντική έκπτωση σε επίπεδο κοινωνικότητας.[26] Οι έρευνες δείχνουν πως διάφοροι γονιδιακοί παράγοντες συνδέονται τόσο με τον αυτισμό όσο και με τη σχιζοφρένεια. Παραδείγματα γονιδίων είναι εκείνα των SHANK3 και CNTNAP2 που φαίνεται να έχουν σημαντικό ρόλο και στις δύο διαταραχές. Πρόκειται για γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες της μυελίνης των νευρώνων.[27–29]

Τα κοινά χαρακτηριστικά των δύο διαταραχών είναι τα ακόλουθα:[30]

1. Η διαταραχή και τα προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση είναι έντονα τόσο στα άτομα με σύνδρομο Asperger όσο και στους ασθενείς με σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια περιόδων κοινωνικής απόσυρσης.
2. Τα άτομα με σύνδρομο Asperger έχουν μια φαινομενική απουσία συναισθημάτων, έλλειψη εκφραστικότητας του προσώπου, που προσδίδουν μια κλινική εικόνα πολύ κοντά στην εικόνα bizarre που αναγνωρίζεται στα άτομα με σχιζοφρένεια.
3. Ασθενείς με σύνδρομο Asperger εμφανίζουν δυσκολίες στη λεκτική και μη επικοινωνία, διαταραχή στην προσωδία, νεολογισμούς, προβλήματα στην κατανόηση και χρήση των κανόνων συζήτησης, αδυναμία στην κατανόηση των μεταφορών και χιουμοριστικών εκφράσεων, προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν και στους σχιζοφρενείς και οφείλονται σε διαταραχές της σκέψης.
4. Στο σύνδρομο Asperger ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει ιδέες δίωξης εξαιτίας της δυσκολίας του να αποκωδικοποιήσει τα συναισθήματα, τις εκφράσεις και τις κινήσεις των γύρω του, τους οποίους και εκλαμβάνει ως επιθετικούς ή αδιάφορους. Αντίστοιχα ο ασθενής με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίσει διωκτικό παραλήρημα ως αποτέλεσμα των ψευδαισθήσεων και της λανθασμένης ερμηνείας της εξωτερικής πραγματικότητας.
5. Τα περιορισμένα ενδιαφέροντα του συνδρόμου Asperger συγχέονται με την απάθεια του ψυχωτικού ασθενούς.

6. Ασθενείς με σχιζοφρένεια και με σύνδρομο Asperger εμφανίζουν έκπτωση στη social cognition-όρος που περιλαμβάνει τη θεωρία του νου, την κοινωνική αντίληψη και την ικανότητα του ατόμου να ερμηνεύει τα γεγονότα.[25]
7. Η κατατονία εμφανίζεται στον κατατονικό τύπο σχιζοφρένειας αλλά μπορεί και να αποτελεί ακραία εκδήλωση άγχους στη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή.[31]

Αν και τα κοινά χαρακτηριστικά των δύο διαταραχών είναι αρκετά, από την άλλη πλευρά υπάρχουν κλινικά στοιχεία που μπορούν να βοηθήσουν τους ειδικούς να διαχωρίσουν τις δύο διαταραχές. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα:

1. Η σχιζοφρένεια, ακόμη και εκείνη πρώιμης έναρξης, εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με την ηλικία εμφάνισης του συνδρόμου Asperger που διαγιγνώσκεται στην προσχολική ή σχολική ηλικία.[32]
2. Το οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας κυρίως στους γονείς ή διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών κυρίως στα αδέλφια, μπορεί να προσανατολίσει τη διάγνωση.
3. Αν και η κοινωνική απομόνωση είναι κοινό χαρακτηριστικό και των δύο διαγνώσεων, οι ασθενείς με σύνδρομο Asperger φαίνεται να μπορούν να αναπτύξουν σταθερή σχέση μιας κάποιας ποιότητας με συγκεκριμένα άτομα, κυρίως με εκείνα που μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα.

Τα άτομα με σύνδρομο Asperger

4. Είναι συχνότερα άρρενες.
5. Σε γλωσσικό επίπεδο έχουν κυρίως διαταραχές στην προσωδία και δυσκολία στην πραγματολογία, που τους οδηγεί σε έλλειψη κατανόησης των κοινωνικών κανόνων. Ο λόγος τους όμως είναι λογικός, ακριβής, με λεπτομέρειες, καλά οργανωμένος γύρω από τα θέματα που τους ενδιαφέρουν.
6. Δέχονται τις αλλαγές που συμβαίνουν στο περιβάλλον τους με μεγάλη δυσκολία, κάνοντας δυσανάλογες κρίσεις θυμού, που είναι δύσκολα κατανοητές από τους άλλους γύρω τους.
7. Αγαπούν τη ρουτίνα και αναπτύσσουν ψυχαναγκαστικούς μηχανισμούς, με χαρακτηριστική επαναληπτικότητα των ίδιων ερωτήσεων και των ίδιων απόψεων.
8. Είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν κινητική αδεξιότητα στις αδρές και λεπτές κινήσεις και στερεοτυπίες
9. Μπορεί να έχουν ειδικά ενδιαφέροντα ή ιδιαίτερες μνημονικές ικανότητες που να ελκύουν τους γύρω τους και το γεγονός αυτό να μειώνει εν μέρει την κοινωνική τους απομόνωση.[30]
10. Οι ασθενείς με σύνδρομο Asperger φαίνεται να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες τους, κάτι που σπάνια συναντάμε σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια.[33]
11. Γνωσιακά τα άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος διαφέρουν από εκείνα με σχιζοφρένεια και στο ότι έχουν καλύτερη αναγνωστική ικανότητα και καλύτερη μη λεκτική μνήμη.[12]

Συννοσηρότητα

Η πιο δύσκολη διαφοροδιαγνωστική πρόκληση είναι εκείνη των ασθενών με σύνδρομο Asperger που στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή εμφανίζουν συμπτώματα σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR η διάγνωση της σχιζοφρένειας με έναρξη στην παιδική ηλικία είναι κριτήριο αποκλεισμού για τη διάγνωση του συνδρόμου Asperger. Ωστόσο το DSM-IV-TR τονίζει ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί αργότερα σε άτομα με σύνδρομο Asperger και ότι η σχέση του συνδρόμου Asperger με τη σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας δεν είναι σαφής.[6]

Για να μιλήσουμε για συννοσηρότητα συνδρόμου Asperger και σχιζοφρένειας θα πρέπει τα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα να διαρκούν για τουλάχιστον έναν μήνα και η έναρξη της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής να προηγείται της σχιζοφρένειας.[34] Από την άλλη σε κάθε διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να υπάρξουν ψυχωσικά συμπτώματα στα πλαίσια ενός σύντομου ψυχωσικού επεισοδίου ή επεισοδίου διαταραχής της διάθεσης χωρίς κατ' ανάγκη να εξελίσσονται προς σχιζοφρένεια.[35]

Η κοινωνική απομόνωση και οι δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις στην παιδική ηλικία αποτελούν άτυπα πρόδρομα συμπτώματα σχιζοφρένειας που θα εκδηλωθεί στην ενήλικη ζωή. Οι Muratori et al[36] σε μια αναδρομική μελέτη με εφήβους σχιζοφρενείς, βρίσκουν διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις στην ηλικία 4–11 ετών, σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Στα άτυπα πρόδρομα συμπτώματα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνονται επίσης οι ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές του λόγου και της κινητικότητας.

Ορισμένα παιδιά μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, χωρίς να

πληρούν όλα τα κριτήρια και αργότερα λαμβάνουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Τα παραπάνω στοιχεία επιτείνουν τη διαγνωστική σύγχυση αλλά κάνουν ολοένα και περισσότερους ειδικούς να υποστηρίζουν τη νευροαναπτυξιακή υπόθεση στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας.[37]

Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η εμφάνιση σχιζοφρένειας σε άτομα με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή είναι σπάνια ενώ άτομα με σχιζοφρένεια συχνά είχαν συμπτώματα διαταραχής αυτιστικού φάσματος στην παιδική ηλικία.[34] Τα άτομα με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν ευαλωτότητα ως προς την εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής ενώ η προδιάθεση να εμφανίσουν σχιζοφρένεια δεν είναι ξεκάθαρη.[38]

Επίλογος

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της σχιζοφρένειας και του συνδρόμου Asperger παρουσιάζει δυσκολίες και θέτει ερωτήσεις όσον αφορά στην υιοθέτηση του «κατηγοριακού» (categorical) ή του «διαστασιακού» (dimensional) μοντέλου στην κλινική προσέγγιση. Ο αυθαίρετος ορισμός των κλινικών κατηγοριών όσο και το γεγονός ότι πολλές μορφές κλινικής έκφρασης (συμπτώματα, σύνδρομα) στην παιδική και εφηβική ηλικία έχουν έναν δια-νοσογραφικό χαρακτήρα, γεννούν αρκετά προβλήματα και δυσκολίες διάγνωσης και ταξινόμησης.[39]

Έως και σήμερα οι ασθενείς με σύνδρομο Asperger συχνά διαγιγνώσκονται με καθυστέρηση ή λαμβάνουν λανθασμένα τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί πολλά προβλήματα στον ασθενή και στην οικογένειά του καθώς η ψυχοεκπαιδευτική και θεραπευτική παρέμβαση διαφέρουν σημαντικά στις δύο διαταραχές. Οι ασθενείς με σύνδρομο Asperger που αντιμετωπίστηκαν ως σχιζοφρενείς έλαβαν θεραπείες που κανένα όφελος και βελτίωση δεν προσέφεραν. Χρησιμοποιήθηκαν αντιψυχωσικά φάρμακα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα. Αντίστοιχα οι οικογένειες έλαβαν ψυχοεκπαίδευση που δεν βοήθησε ούτε στην κατανόηση της νόσου ούτε και στην καθημερινή επαφή τους με τον ασθενή.

Τα παραπάνω καθιστούν αναγκαία τη σωστή διαφορική διάγνωση μεταξύ συνδρόμου Asperger και σχιζοφρένειας, κάτι που αποτελεί πρόκληση ακόμη και για έμπειρες διεπιστημονικές ομάδες.

Είναι αναγκαία η λήψη λεπτομερούς αναπτυξιακού ιστορικού, η χρήση εξειδικευμένων εργαλείων, η διαρκής ενημέρωση σχετικά με τις αλλαγές των διαγνωστικών κριτηρίων και ταξινομικών συστημάτων προκειμένου οι ειδικοί να αντιμετωπίσουν την πολυπλοκότητα της συγκεκριμένης διαφοροδιάγνωσης και να βοηθήσουν αποτελεσματικά τον ασθενή και την οικογένειά του.

Asperger syndrome and schizophrenia: Neurodevelopmental continuum or separated clinical entities?

Chr. Anomitri, H. Lazaratou

Child and Adolescent Unit, Community Mental Health Byron Kesariani,
1st Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Greece

Psychiatriki 2017, 28:175–182

This article is an overview of the literature on Asperger's syndrome and schizophrenia and aim to discuss their similarities and differences. Eugen Bleuler who associated the terms “schizophrenia” and “autism” a century ago, viewed autism as a form of solitude of schizophrenic patients representing withdrawal from reality. Ever since, there has been confusion as to the boundaries between these conditions. Nowadays recent research, from a variety of perspectives-genomics, neurodevelopment, psychiatry, etc. has given new information on these condi-

tions. It is easier to demarcate these two disorders at the extremes, but it is extremely difficult dissociating milder forms of both disorders. Asperger's syndrome (AS), is considered to be a continuous and lifelong disorder with strong heritability, present from early childhood. It is included within the category of autism spectrum disorders and it is usually diagnosed in childhood. Patients with Asperger syndrome are often diagnosed late or they are considered as having schizophrenia. Misdiagnosing Asperger syndrome creates severe problems by preventing effective therapy. A lot of clinical characteristics of Asperger's syndrome are also present in schizophrenia, such as impaired social interaction, disabilities in communication and restricted interests. On the other side some clinical features may facilitate the differential diagnosis, such as the younger age at onset, family history of pervasive developmental disorders, pragmatic aspects of language use, lack of imagination, ect. It is known that symptoms of Asperger's syndrome have some overlap with those of schizophrenia, but less is known about comorbidity between these two syndromes. It is still a question whether autism spectrum disorders in young children can increase the risk for the development of schizophrenia and other psychotic disorders, later in life. Both disorders are of neurodevelopmental origin and genetic factors are prominent. In both neurocognitive deficits as well as deficits in social cognition and social functioning are marked. The boundaries between AS and schizophrenia are still not clear even if this distinction is necessary for the appropriate treatment of the patient and his family. For the writing of the literature review, the following electronic databases were used: PubMed, Scopus, Psycinfo, Cochrane Library, Web of Science and Google Scholar. The key words used were: Asperger's syndrome, schizophrenia, children and adolescents, differential diagnosis, autism spectrum disorders.

Key words: Asperger's syndrome, schizophrenia, differential diagnosis.

Βιβλιογραφία

1. Asperger H. Die autistischen Psychopaten in Kindersalter. *Arc Psychiatr Nervenkrank* 1944, 117:76–136
2. Wing L. Asperger's Syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 1981, 11:115–129, https://doi.org/10.1017/S0033291700053332
3. Macintosh K, Dissanayake C. Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: A review of the empirical evidence. *J Child Psychology and Psychiatry* 2004, 45:421–434, DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00234.x
4. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenia*. IUPEE edition. New York, 1911
5. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943, 2:217–250
6. Raja M, Azzoni A. Thought disorder in Asperger syndrome and schizophrenia: Issue in the differential diagnosis. A serie of case report. *The world journal of Biological Psychiatry* 2009, 10:944–952, http://dx.doi.org/10.1080/15622970701687303
7. Volkmar F, Wiesner L, Westphal A. Healthcare issues for children on the autism spectrum. *Current Opinions in Psychiatry* 2006, 19:361–366, DOI: 10.1097/01.yco.0000228754.64743.66
8. Newman S, Ghaziuddin M. Violent crime in Asperger Syndrome: The role of psychiatric comorbidity. *J Autism Dev Disord* 2008, 38:1848–1852, DOI: 10.1007/s10803-008-0580-8
9. Bjorkly S. Risk and dynamics of violence in Asperger's syndrome: A systematic review of the literature. *Aggress Violent Behavior* 2009, 14:306–312, https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.04.003
10. Vanderbruggen N, Van Geit N, Bissay V, Zeeuws D, Santermans L, Baeken C. Asperger syndrome, violent thoughts and clinically isolated syndrome. *Acta Neurol Belg* 2010, 110:334–336, PMID: 21305864
11. Barnhill G. Outcomes in adults with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2007, 22:116–126, DOI: https://doi.org/10.1177/10883576070220020301
12. Gillberg C. *A Guide to Asperger Syndrome*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002
13. Schwartz-Watts D. Asperger's Disorder and Murder. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005, 33:390–393
14. Baron-Cohen S. *Theory of mind and autism: A fifteen year review.* In: Baron S, Cohen H, Tager-Flusberg, Cohen D (eds) *Understanding Other Minds* 2000, Oxford, Oxford University Press
15. Allen D, Evans C, Hider A, Hawkins S, Peckett H, Morgan H. Offending Behavior in Adults with Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disord* 2008, 38:748–758, DOI: 10.1007/s10803-007-0442-9
16. Saracino J, Noseworthy J, Steiman M, Reisinger L, Fombonne E. Diagnostic and assessment issues in autism surveillance and prevalence. *J Devel Physical Disab* 2010, 22:317–330, DOI: 10.1007/s10882-010-9205-1
17. Balfe M, Tantam D. A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Research Notes* 2010, 3:3–7, DOI: 10.1186/1756-0500-3-300
18. United States Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders- autism and developmental disabilities monitoring network,14 sites, United States, 2006 Surveillance Summaries, MMWR 2009, 58:SS–10, SSN: ISSN-1546-0738
19. Mukaddes N, Herguner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high- functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry* 2010, 11:964–971, http://dx.doi.org/10.3109/15622975.2010.507785
20. Patel V, Flischer A, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007, 369:1302–1313, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7
21. ICD-10. T*he ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.* World Health Organization, Geneva, 1993
22. Muridsen S, Rich B, Isager T. Psychiatric Morbidity in Disintegrative Psychosis and Infantile Autism: A Long-Term Follow-Up Study. *Psychopathology* 1999, 32:177–183, https://doi.org/10.1159/000029087

23. Yang PC, Liu CY, Chiang SQ, Chen JY, Lin TS. Comparison of adult manifestations of schizophrenia with onset before and after 15 years of age. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 91:209–212, DOI: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09769.x
24. DSM-III. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980
25. Lugnenard T, Hallerback M, Hjarthag F, Gillberg C. Social cognition impairments in Asperger syndrome and schizophrenia. *Schizophr Research* 2013, 143:277–284, https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.001
26. Owen M, O' Donovan M, Thapar A, Craddock N. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2011, 198:173–175, DOI: 10.1192/bjp.bp.110.084384
27. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 2009, 48:10–18, https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818b1c63
28. Arking DE, Cutler DJ, Brune CW, Teslovich TM, West K, Ikeda M et al. A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 increases familial risk of autism. *Am J Hum Genet* 2008, 82:160–164, https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2007.09.015
29. Moessner R, Marshall CR, Sutcliffe JS, Skaug J, Pinto D, Vincent J et al. Contribution of SHANK3 mutations to autism spectrum disorder. *Am J Hum Genet* 2007, 81:1289–1297, https://doi.org/10.1086/522590
30. Da Fonseca D, Viellard M, Bastard-Rosset D, Deruelle C, Poinso F. Schizophrenie ou syndrome d' Asperger? *Psychiatrie Presse Med* 2008, 37:1268–1273, https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.01.020
31. Francis KG. The projection of autism spectrum disorders (ASDs) in adult life. *Psychiatriki* 2012, 23:S66–S73
32. Raja M, Azzoni A. Asperger's disorder in the emergency psychiatric setting. *General Hospital Psychiatry* 2001, 23:285–293, https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00155-4
33. Cederlund M, Hagberg B, Gillberg C. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self- and parent assessment of social, emotional, and cognitive problems. *Research in Developmental Disabilities* 2010, 31:287–298, https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.09.006
34. Waris P, Lindberg N, Kettunen K, Tani P. The relationship between Asperger's syndrome and schizophrenia in adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013, 22:217–223, DOI: 10.1007/s00787-012-0338-x
35. Arrasate-Gil M, Martinez M, Lopez-Pena P. Reflections on Asperger syndrome and comorbidity with psychotic disorders. *Actas Esp Psiquiatr* 2011, 39:140–142
36. Muratori F, Salvadori F, D' Arcangelo G, Viglione V, Picchi L. Childhood psychopathological antecedents in early onset schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2005, 20:309–314, https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.03.004
37. Leyfer T, Folstein E, Bacalman S, Davis O, Dinh E, Morgan J et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *J Autism Devel Disor* 2006, 36:849–861, DOI: 10.1007/s10803-006-0123-0
38. Wolff S, McGuire J. Schizoid Personality in Girls: a Follow-up Study- what are the Links with Asperger's syndrome? *J Child Psychol Psychiatry* 1995, 36:793–817, DOI: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01330.x
39. Lazaratou H, Zilikis N. The French Classification of Child and Adolescents Mental Disorders (CFTMEA): Comparative Presentation in respect to ICD-10 and DSM-IV. *Psychiatriki* 2006, 17:49–61

Corresponding author: Ε. Λαζαράτου, Δήλου 14, Καισαριανή, 161 21 Αθήνα
Τηλ: 210-76 40 111, 210-76 69 584
e-mail: elazar@med.uoa.gr